FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 25

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA FILAIRE DE MÉDINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 DÉCEMBRE 1887

PAR

Dominique-Louis-Marie BRANELLEC

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Lesneven (Finistère), le 11 mai 1859.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LAYET,	professeur,	*président.*
VERGELY,	professeur,	*juges.*
PIÉCHAUD,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1887

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 25

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA FILAIRE DE MÉDINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 DÉCEMBRE 1887

PAR

Dominique-Louis-Marie BRANELLEC

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Lesneven (Finistère), le 11 mai 1859,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LAYET,	professeur,	*président.*
VERGELY,	professeur,	*juges.*
PIÉCHAUD,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... }
BITOT..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. {MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les »Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0061

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE DOCTEUR LAYET

Médecin Principal de la Marine, en retraite.
Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PINARD

Médecin de la Marine.

INTRODUCTION

Durant notre séjour dans le Soudan français, en qualité de médecin-major du poste de Kita, nous avons eu l'occasion d'observer des cas très nombreux de Filaires de Médine, surtout chez les indigènes. La multiplicité des cas survenus à la fin de notre séjour, c'est-à-dire pendant la saison d'hivernage 1886, nous préoccupa vivement, et nous dûmes rechercher le mode de pénétration du Dragonneau dans l'organisme, afin de pouvoir combattre de notre mieux ce véritable fléau, qui mettait le tiers de nos soldats indigènes et quelques européens dans l'impossibilité absolue de faire tout service. Nos recherches, évidemment bornées par l'insuffisance de nos moyens d'investigation, nous avaient conduit à la conviction que le dragonneau pénétrait dans l'organisme par le tube digestif; nous ignorions alors les recherches faites par M. Fedschenko, dans le Turkestan sur ce sujet, expériences qui démontrent d'une façon à peu près évidente le mode de pénétration, par cette voie, du ver de Médine dans le corps humain.

Nous regrettons vivement de n'avoir pas eu plus tôt connaissance de ces recherches; nous aurions pu certainement, en prenant les mesures prophylactiques nécessaires, prémunir nos soldats contre le danger de cette infection parasitaire, danger que ne faisait pas assez redouter la théorie de la pénétration directe du dragonneau par la peau, ou que du moins elle faisait considérer comme à peu près inévitable.

Nous témoignons ici toute notre gratitude à M. le capitaine Phoyeu qui a eu l'extrême obligeance dé vouloir bien traduire pour nous l'ouvrage russe de Fedschenko.

Qu'il nous soit aussi permis d'adresser nos remercîments à M. le professeur Layet pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA FILAIRE DE MÉDINE

CHAPITRE PREMIER

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE

La Filaire de Médine a été rencontrée sur les points du globe les plus éloignés les uns des autres, mais toutes les contrées où on l'observe à l'état endémique sont situées dans la zône des climats chauds ou torrides. Elle est très fréquente aux Indes, mais surtout sur les bords du Gange, aux environs de Bombay. La Tartarie, la Perse, le Turkestan, les bords de la mer Caspienne sont les contrées de l'Asie où on l'observe le plus souvent. Toute la région équatoriale de l'Afrique ne forme qu'un vaste foyer d'endémicité de la Filaire, si du moins nous en jugeons d'après les pays aujourd'hui connus sur les côtes orientale et occidentale. Dans le Soudan français où nous l'avons observé, le dragonneau est un véritable fléau; chaque année, pendant la saison d'hivernage, plus de la moitié des Indigènes sont atteints de dracunculose. « Nous avons, dit M. Trucy, vu des villages forcés de » suspendre les travaux de culture et d'abandonner l'ensemence- » ment des récoltes à cause de la fréquence de la maladie ». Près

des deux tiers des soldats noirs que nous avions au poste de Kita ont présenté une ou plusieurs Filaires. Quelques Européens seulement en ont été atteints.

En Amérique, la Filaire de Médine se rencontre moins fréquemment; cependant on l'a observée dans la Guyane française et hollandaise, au Brésil, et plus récemment dans la Caroline du Sud. Quelques-unes des Antilles possèdent le triste privilège d'être un terrain favorable au développement de ce nématode. La dracunculose n'est connue ni à Madagascar ni à Bourbon, ni dans les îles de l'Océanie.

Les rares cas de Filaires de Médine, observés en Europe, se sont tous montrés chez des marins ou des soldats arrivés récemment de pays où la dracunculose est à l'état endémique.

CHAPITRE II

La Filaire de Médine ou dragonneau (1) Filaria Médinensis (Gmelin), appartient à la famille des Nématodes et fait partie du groupe des Filaridées; c'est un ver rond, de forme très allongée, un peu atténuée à l'extrémité caudale; tandis que sa largeur est à peine de $0^{m}001$, sa longueur peut quelquefois atteindre 1 mètre. Le plus souvent les vers de Médine mesurent de 50 à 60 centimètres; nous en avons rencontré de bien plus courts, mais jamais dépassant 1 mètre. Les auteurs qui disent avoir observé des dragonneaux ayant 2, 4 et même 10 mètres de longueur, ont dû sans doute se tromper et considérer comme appartenant à un même ver, des fragments qui, en réalité, provenaient d'individus différents, ou bien le ver de Médine atteint des dimensions plus ou moins considérables, suivant les régions où on l'observe. Les Indigènes nous ont quelquefois apporté, et nous-même avons trouvé des vers ayant à peu près l'aspect de la Filaire; ces vers, mesurant $1^{m}50$ et même 2 mètres de longueur, étaient encore plus minces que le ver de Médine, à peine gros comme un fil ordinaire; pendant la saison des pluies, on les trouve assez fréquemment sur le sol, pelotonnés dans l'herbe mouillée. Nous regrettons de ne pouvoir donner de ces vers des caractères plus précis qui permettent de les différencier davantage des Filaires de Médine et de les classer. Les auteurs qui disent avoir observé des Filaires de 2 et 4 mètres ont peut-être rencontré quelques-uns de ces nématodes dont nous venons de

(1) La Filaire est encore souvent appelée Ver de Médine, Ver du Sénégal, Ver de Guinée; Soungouff en Yoloff, Risthe en Turkestan, Pejunk en Perse.

parler, et qui probablement font partie du groupe des Mermis. On ne connaît jusqu'à ce jour que la femelle du dragonneau; il arrive bien quelquefois, comme dans le cas rapporté dans l'Observation I, de rencontrer des Filaires qui, à l'encontre des autres, ne semblent pas contenir d'embryons; mais l'examen microscopique n'a pas démontré que ces Filaires soient des mâles. La gaîne contenant les larves avait dû probablement se vider. Il nous est arrivé un jour, en incisant un abcès, de rencontrer dans la tumeur deux dragonneaux accolés; l'un d'eux manifestement plus petit, pénétrait même dans l'autre; ces deux animaux étaient-ils de sexe différent, nous ne saurions le dire, n'ayant pas dans le Soudan les moyens d'examiner complètement ces Filaires; nous devions les rapporter en France pour mieux étudier ce cas fort intéressant; malheureusement nous n'avons pu le faire, par suite d'un accident.

La Filaire à l'état adulte se rencontre dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'homme, où on peut souvent la reconnaître, faisant saillie sous la peau : elle peut du reste se déplacer assez facilement. Plus d'une fois il nous a été donné de voir ses mouvements et ses déplacements.

La Filaire se présente sous l'aspect d'une corde de violon blanchâtre, présentant deux lignes opposées plus transparentes que les autres parties du corps; ces deux lignes sont dues à la disposition des fibres musculaires qui forment 2 faisceaux épais longitudinaux faisant défaut sur les parties latérales. Les auteurs ne s'entendent guère sur les caractères de l'extrémité céphalique; pour Kœmpfer, elle est armée d'un bec que l'on prendrait au microscope pour des poils; Bruce la dit noire, petite, allongée et crochue; M. Trucy, chaque fois qu'il a pu l'observer, l'a toujours trouvée terminée par une pointe mousse au centre de laquelle était une bouche simple, infundibuliforme, et ne présentant aucune trace de poils ou de crochets. Le professeur Claus, de Vienne,

dans son *Traité de zoologie,* lui attribue 4 papilles, 2 grandes et 2 petites; enfin pour Fedschenko, qui a étudié la Filaire avec Leukart, il existe outre 2 grandes papilles, situées sur la ligne médiane, 6 autres plus petites, dont 2 latérales et les 4 autres intermédiaires; cet auteur décrit de plus 2 autres papilles, placées en arrière, les papilles cervicales; à leur niveau il existe une dépression de la cuticule. Nous ne savons trop comment expliquer cette divergence d'opinion, à moins d'admettre que ces auteurs n'aient observé des Filaires différentes, et, par suite, qu'il existe plusieurs espèces de Filaires parasites de l'homme, de caractères variables suivant les pays où on les observe.

Sur l'extrémité caudale au contraire, tous sont d'accord; elle se termine brusquement par une pointe effilée recourbée en crochet; nous ne sommes pas éloignés de croire avec Chapotin et quelques autres auteurs que ce crochet est contractile, car pendant les tentatives d'extraction, la douleur est surtout vive au point où se trouve ce crochet, et il semblerait que l'on sent l'animal se contracter, se fixer plus solidement aux tissus. L'anus est situé près de l'endroit où le ver commence à s'effiler; il est ovalaire, situé transversalement et entouré d'un petit bourrelet.

La vulve est circulaire située près de l'orifice buccal.

La plupart des auteurs disent que sur la Filaire adulte on ne peut trouver aucune trace d'appareil digestif; Robin et Moquin Tandon disent l'avoir observé chez de jeunes dragonneaux et ont reconnu un œsophage très étroit et un estomac intestin plus large aboutissant à l'anus. D'après Fedschenko cet appareil se compose d'un œsophage, d'un estomac et d'un canal intestinal très étroit se terminant à l'anus. L'œsophage commence par une ouverture triangulaire au fond de la cavité ovale de la bouche, présente d'abord une cavité de forme assez cylindrique, plus ou moins grande, qui se rétrécit bientôt considérablement et disparaît presque complètement sur quelques coupes au point qu'il faille

observer bien attentivement la place où elle doit se trouver pour réussir à la retrouver; quelquefois même il n'y a plus de cavité du tout. Ce canal si étroit réunit les deux autres cavités, œsophagienne et stomacale. L'estomac, bien que la partie la plus épaisse du tube digestif, présente une conformation très difficile à étudier. Quant à la partie postérieure du canal digestif, elle n'est plus représentée que par une ligne sombre; la cavité du canal n'existe pas.

On n'a pas encore décrit d'appareil nerveux à ce nématode; Fedschenko dit bien qu'il a cru reconnaître deux masses ganglionnaires nerveuses, placées sous l'hypoderme en avant de l'estomac, mais il n'ose rien affirmer.

Nous avons dit qu'on ne connaît jusqu'ici que la femelle du dragonneau, et comme organe sexuels de celle-ci, rien que la vulve et la cavité centrale du ver avec laquelle elle communique. Cette cavité est tellement développée à l'état adulte, que l'animal, à cette période, n'est qu'un véritable sac, une véritable gaîne remplie d'une matière crémeuse, blanche comme du lait à l'œil nu, jaunâtre au microscope. Si l'on met dans la glycérine la filaire aussitôt après son extraction et qu'on l'examine au microscope, on peut quelquefois voir l'animal lancer cette substance crémeuse par saccades, l'éjaculer en quelque sorte, et l'on reconnaît que cette matière est constituée par une multitude d'embryons qui se meuvent avec rapidité dans le champ du microscope, dès leur sortie de la cavité maternelle. Si l'on examine ensuite la gaîne de la filaire mère, on aperçoit des quantités innombrables d'embryons enroulés sur eux-mêmes, très distincts près de la vulve, d'autant moins nets qu'on s'éloigne davantage de cet orifice.

D'après Robin, les petites filaires possèdent la propriété de reviviscence, c'est-à-dire que, desséchées depuis plusieurs jours, elles reprennent toute leur activité dès qu'elles se trouvent humec-

tées; nous avons, maintes fois, constaté l'exactitude de ce fait. D'après ce même auteur, les jeunes dracunculi mesurent $0^{mm}75$ et $0^{mm}01$ de largeur; le corps est finement strié, présente un aspect finement granuleux, il est légèrement atténué à sa partie antérieure, et possède une bouche munie de valves à peine visibles.

L'extrémité postérieure est terminée par un prolongement caudal très fin, aussi long que le corps lui-même; nous n'avons jamais pu reconnaître l'anus signalé par Robin au point de jonction du corps et du prolongement caudal.

Que deviennent les embryons de la Filaire de Médine après leur naissance? Récemment M. Fedschenko a démontré que les embryons, une fois parvenus dans les flaques d'eau, émigrent dans la cavité viscérale des Cyclopides, et prennent après avoir mué une forme qui, sauf le manque de capsule buccale, rappelle celle du Cucullanus elegans. Au bout de deux semaines a lieu une mue qui correspond à la disparition de la longue queue. Quant à la manière dont les larves de Filaires pénètrent dans le corps de ces Cyclopides, on l'ignore encore. On ignore également si ces embryons pénètrent dans l'organisme humain, étant encore contenus dans le corps de ces petits crustacés, avec l'eau qui sert de boisson, ou bien s'ils deviennent d'abord libres. Le moment de leur accouplement est aussi inconnu; a-t-il lieu avant la pénétration de la filaire dans l'organisme humain? Cela est très probable, mais tous ces points de l'histoire naturelle du dragonneau restent encore à éclaircir.

CHAPITRE III

DU MODE DE PÉNÉTRATION DANS L'ORGANISME

Autrefois beaucoup de naturalistes, ne pouvant trouver d'autre explication de la dracunculose, admettaient que les filaires pouvaient naître spontanément dans le corps des animaux ; cette théorie de la génération spontanée ne compte plus aujourd'hui un seul partisan. D'autres attribuaient la présence du ver de Médine chez l'homme à l'abus du coït, à l'usage du vin de Palmes, du froment de l'Inde ou des sauterelles prises comme aliments ; ces diverses opinions ne sont plus soutenables aujourd'hui ; je ne m'arrêterai pas à les discuter.

Pour quelques observateurs, la constitution géologique du sol jouerait un grand rôle dans l'étiologie de la dracunculose. Morehead croit qu'il y a une corrélation très probable entre cette affection et l'usage de l'eau provenant de sources nées sur des terrains d'origine ignée ; d'après ce même auteur, la Filaire ne se rencontrerait pas où la couche supérieure du sol est de nature argileuse et serait très fréquente dans les terrains secondaires. Au contraire d'autres médecins pensent que cette constitution argileuse des terrains est favorable au développement du nématode, et les expériences de Forbes et de Duncan viendraient à l'appui de cette opinion ; ces deux médecins anglais ont constaté que les embryons de Filaires vivent plus longtemps dans l'argile rouge légèrement humide que dans l'eau.

Pour nous, nous pensons que l'influence exercée par le sol sur la production de la dracunculose tient, non à la composition même

des terrains, mais à leur disposition, et nous sommes convaincu que les conditions favorables au développement des embryons de dragonneaux ou gordiens, étudiés en France par M. Villot, sont également favorables au développement des embryons de Filaire de Médine. Dans le Soudan français la dracunculose est fréquente dans les localités éloignées de tout fleuve ou de tout cours d'eau un peu important; dans ces localités, en effet, les habitants sont obligés de puiser leur eau dans des puits peu profonds ou des mares dont les eaux sont boueuses, riches en matières organiques, fortement échauffées par le soleil et dépourvues de tout courant qui puisse aider à leur purification. Dans les villages situés sur le bord des fleuves ou de rivières ayant un assez fort courant, la dracunculose est moins fréquente, sans doute parce que les eaux sont limpides et purifiées par le mouvement dont elles sont animées, et si les habitants de ces villages contractent parfois la filaire, c'est, à notre avis, pendant leurs travaux de culture ou leurs voyages hors des localités qu'ils habitent.

D'après une autre théorie, l'on devrait incriminer l'alimentation par les poissons; la larve contenue dans le corps de ces poissons pénétrerait ainsi par la voie digestive dans l'organisme humain où elle passerait à l'état adulte. Certes cette opinion pouvait paraître acceptable alors qu'on ne connaissait pas encore les diverses phases du développement de la Filaire de Médine; on pouvait admettre que les embryons de cette Filaire, vivant dans l'eau ou la boue des ruisseaux, passaient dans le corps des poissons, absolument comme les gordiens observés en France par M. Villot. Mais Furnell, qui dans l'Inde a étudié les vers parasites des poissons n'a jamais rencontré chez ces animaux ni la Filaire du sang humain, ni la Filaire de Médine, et cependant cette dernière est bien fréquente dans l'Inde. Nous avons constaté la dracunculose très fréquemment dans des villages soudanais dont les habitants mangent peu ou point de poissons. Il est du reste aujourd'hui prouvé qu'une

partie de l'existence des Filaires se passe dans le corps de Cyclopides, partout communs dans l'eau douce.

Deux opinions restent en présence pour expliquer le mode de pénétration dans l'organisme ; la première admet que les embryons de la filaire pénètrent directement par la peau, en s'introduisant dans les orifices des glandes sudoripares, ou entre les poils et leurs gaînes. Ils se développeraient ensuite dans le tissu cellulaire où ils passeraient à l'état adulte. La deuxième opinion admet que l'embryon du dragonneau pénètre par la voie du tube digestif et non directement par la peau.

Jusqu'en ces derniers temps, la première de ces deux opinions comptait le plus grand nombre de partisans ; M. Trucy, médecin de la marine, énumère dans sa thèse inaugurale toutes les raisons qui militent en faveur de la pénétration du ver par la peau. « On rencontre, dit-il, le plus souvent les filaires aux jambes et » surtout aux pieds ; or, si elles s'introduisent dans l'économie » par le tube digestif, comme l'ont voulu un grand nombre d'au- » teurs, pourquoi ne les rencontrerait-on pas aussi souvent et » même plus souvent au tronc, aux cuisses et aux bras ? Pour- » quoi ce parasite irait-il de préférence se loger dans les points » les plus éloignés du tube digestif ? D'autre part, comment expli- » quer la fréquence de cette affection chez les soldats indigènes » qui vont le plus souvent pieds-nus, lorsque si peu d'Européens, » qui eux sont toujours chaussés, en sont si rarement atteints ? » Ces deux catégories d'individus boivent cependant de l'eau de » la même citerne. Les embryons, ajoute-t-il, ont des dimensions » qui leur permettent de s'introduire dans les conduits excréteurs » des glandes sudoripares, et entre la gaîne et la racine des poils. » Il est probable que le ver pénètre dans l'économie par » son extrémité caudale, qui est très effilée et contractile d'après » certains auteurs.

Nous avons vu que cette extrémité caudale très effilée disparaissait, après la mue des larves de Filaires dans le corps des Cyclopides, et nous savons, par conséquent, ce qu'il faut penser de cette extrémité effilée comme moyen de pénétration. Et d'ailleurs, avant cette mue, les embryons ne semblent pas aptes à se développer dans le corps humain ; l'observation journalière nous montre en effet que la rupture d'un Ver de Médine pendant la tentative d'extraction, est souvent suivie d'une guérison radicale, dès que le ver rompu se trouve totalement expulsé, et cependant, par le fait de cette rupture, un grand nombre d'embryons vivants ont été versés dans la plaie et ont pu y rencontrer des conditions favorables à leur développement. M. Onimus, interne à l'hôpital maritime de Brest, s'est injecté sous les téguments à plusieurs reprises, à l'aide d'une seringue de Pravaz, de jeunes Filaires bien vivantes et n'a jamais éprouvé aucun symptôme de la dracunculose, quoique plus de deux années se soient écoulées depuis l'époque où ces injections ont été pratiquées. Il faut donc admettre que ces embryons ne sont dangereux pour l'homme qu'après leur passage dans le corps des Cyclopides.

Faut-il admettre avec MM. Cavalier, Dussap et Lind que la Dracunculose est de nature contagieuse ? Nous ne partageons pas l'opinion de ces auteurs, quoiqu'ils regardent comme évidente la contagiosité de la maladie, et nous regrettons beaucoup de ne pas connaître les conditions particulières dans lesquelles se trouvait l'habitation où M. Fery a observé deux cents cas de Filaires en cinq mois ; il eût été bien facile, pensons-nous, par l'examen microscopique de l'eau en usage dans cette habitation, d'expliquer la fréquence extrême de ces cas, et point ne serait besoin de mettre en cause la contagion.

En consultant les registres de l'hôpital de Kita, nous avons été vivement frappé de ce fait que depuis la fondation du poste jusqu'à la fin de notre première année de séjour, c'est-à-dire pendant

une période de cinq ans, pas un Européen n'avait été atteint de Dracunculose, tandis que pendant la seule année 1886, six d'entre nous contractèrent la Filaire. Voici l'explication que nous croyons devoir donner de ce fait : jusqu'en 1885 inclus, il n'existait au poste aucun filtre, et les médecins, nos prédécesseurs, suppléaient à cette absence de filtre en recommandant expressément de faire bouillir toute l'eau qui devait servir comme boisson, ou à la préparation des aliments. En 1886, des filtres Carré nous furent envoyés et l'on cessa de faire bouillir l'eau pour l'approprier aux usages domestiques. Il nous semble rationel de penser que les larves ou embryons de Filaire qui ne pouvaient résister à l'action destructive de l'eau bouillante ne sont pas arrêtées par les substances filtrantes, vu l'exiguité de leurs dimensions et par suite pénètrent dans l'organisme par la voie digestive avec l'eau ingérée comme boisson. Il devient ainsi facile d'expliquer l'immunité presque absolue des Européens à l'égard de la Dracunculose, dans les localités où les noirs en sont atteints pour la plupart ; les premiers boivent presque toujours de l'eau purifiée, tandis que les indigènes font constamment usage d'eau contaminée.

Les faits rapportés par le Dr Da Silva Lima nous semblent aussi bien probants ; cet auteur, dans un article sur la Filaire de Médine et son endémicité dans la province de Bahia, dit que la filaire ne se rencontre que dans quelques localités voisines de deux marais dont les eaux sont réputées dangereuses par les indigènes ; il rapporte que neuf voyageurs ayant été obligés de camper près de ces marais et ayant fait usage de leur eau seulement en boisson, contractèrent le ver de Guinée. Le Dr Da Silva Lima cite plusieurs cas semblables de dracunculose, survenus chez des personnes qui, se trouvant près de ces mêmes marais réputés dangereux, et prévenus du danger auquel les exposait l'usage de ces eaux en bains ou en lotions, s'en servirent seulement comme boisson et furent cependant, quelques mois plus tard atteintes de dracuncu-

lose. Seules, furent épargnées, les personnes qui s'abstinrent de boire de ces eaux.

Comment expliquer ce cas de dracunculose observé sur un matelot qui contracta cette affection dans la golfe de Guinée, sur son bateau, sans être jamais descendu à terre, à moins, d'incriminer l'eau potable dont s'approvisionna le bateau en ce pays?

D'ailleurs, on ne peut admettre comme preuve de pénétration de la filaire par la peau ce fait seul, que le ver se montre toujours dans le tissu cellulaire sous-cutané et principalement aux pieds et aux jambes. Cette localisation dans le tissu cellulaire, nous ne pouvons, il est vrai, l'expliquer; mais nous ne saurions dire davantage pourquoi les douves hépatiques se développent toujours dans le foie, et là seulement; pourquoi les Trichines qui, comme les douves pénétrent par la voie digestive, vont s'enkyster un peu partout dans l'économie. Les kystes hydatiques ne se rencontrent-ils pas presque constamment dans les mêmes organes sans qu'on puisse en saisir la cause? Les autres espèces de filaires observées chez les animaux se voient dans les organes les plus divers. Celle du cheval en particulier se rencontre dans le péritoine de cet animal. De plus, quoique le dragonneau s'observe certainement plus souvent aux jambes et aux pieds, on peut le trouver dans n'importe quelle région du corps sous les téguments.

Tous les partisans de la pénétration directe par la peau citent ce fait que chez les porteurs d'eau de l'Inde, le dragonneau se rencontre à peu près uniquement dans le dos, c'est-à-dire dans les régions du corps toujours mouillées par l'eau; mais Morehead, qui a longtemps et savamment étudié la Dracunculose dans l'Inde, nie formellement l'exactitude du fait et dit n'avoir pas observé plus souvent la filaire dans le dos de ces porteurs que dans les autres régions. Notre ancien collègue de la marine, le Dr Duclot, dans sa thèse inaugurale, dit avoir remarqué qu'à Saint-Louis le dragonneau se trouve plus souvent au scrotum qu'au tronc, et cela parce que

les Mulsulmans se livrent à de fréquentes ablutions sur cette partie du corps; d'après les statistiques dressées par M. Trucy, à Saint-Louis, et d'après nos observations personnelles, cette fréquence de la dracunculose aux parties génitales n'existe point, et par suite on ne peut l'invoquer en faveur de l'introduction de la filaire par les téguments.

Enfin, nous avons cru constater, et plusieurs de nos collègues pensent comme nous, que la dracunculose est surtout fréquente, non dans les points du Haut-Sénégal où les pluies sont plus abondantes, mais dans les villages les plus éloignés des fleuves ou des rivières. Les habitants de ces villages sont obligés de puiser leur eau dans des puits ou des mares, où les filaires trouvent réunies toutes les conditions favorables à leur développement. Aussi, nous pensons que si la filaire se rencontre aussi fréquemment à Kita et dans les environs, cela tient surtout à ce que ce poste est situé loin de tout cours d'eau important, et que l'on est obligé de se servir de l'eau des puits ou des mares avoisinantes.

Nous ajouterons, pour terminer, que chez les animaux que nous avons trouvés atteints de dracunculose les parasites existaient à la partie supérieure des cuisses et aux lombes, c'est-à-dire dans les régions les plus élevées du corps et par suite le moins souvent exposées au contact de l'eau ou du sol humide.

CHAPITRE IV

INCUBATION

Les médecins qui ont observé la Filaire de Médine et ont écrit sur ce sujet sont loin de s'entendre sur la durée du temps nécessaire à ce nématode, après sa pénétration dans le corps humain, pour arriver à son complet développement et à sa sortie de l'organisme. MM. Follin et Lefort admettent que cette période d'incubation est au moins de trois mois; notre collègue, M. le Dr Lafage, six mois après son départ du Haut-Sénégal, a observé en France plusieurs Filaires sur son domestique noir. Davaine cite un cas où cette incubation aurait été de trois ans.

Si l'on admet comme possible ou ordinaire la pénétration de la Filaire dans l'organisme humain à travers les orifices cutanés, il faut aussi admettre, étant donné que l'on observe presque tous les cas de dracunculose pendant la saison des pluies, que la larve du ver de Médine atteint en quelques jours son entier développement, ou bien que la durée de l'incubation est d'un an environ. La première opinion est évidemment inadmissible; les cas de Filaire observés récemment à l'Hôpital maritime de Brest se sont montrés en juin et juillet chez des artilleurs qui revenaient du Soudan français où la saison des pluies n'était pas encore commencée lors de leur départ. Nous avons constaté sur nous-même la présence de dragonneaux bien avant le commencement des pluies, alors que nous étions encore à Kita, mais ces Filaires n'ont perforé les téguments que l'hivernage commencé.

D'autre part, des cas de dracunculose observés tant en France

qu'à l'étranger sur des personnes ayant fait un court séjour dans les pays où la Filaire est endémique, démontrent que la période d'incubation est souvent moindre qu'une année. Nous avons observé un dragonneau chez un officier d'infanterie de marine qui n'avait pas encore passé d'hivernage dans le Soudan français et n'avait jamais antérieurement habité dans un pays où la Filaire existe à l'état endémique. Aussi nous pensons qu'on contracte la Filaire de Médine, non point pendant la saison des pluies, ainsi que l'avancent presque tous les auteurs, (les moindres ruisseaux sont transformés en rivières, et le fort courant dont les eaux sont alors animées ne serait pas une condition favorable pour que les larves de Filaires puissent accomplir les phases de leur évolution), mais bien au contraire pendant les derniers mois de la saison sèche, alors que les ruisseaux sont à peu près à sec; l'on est alors obligé d'aller puiser l'eau aux mares, aux flaques d'eau stagnante où sont réunies toutes les conditions favorables au développement des larves de dragonneaux. Nous en concluons que la durée de l'incubation de la dracunculose est de trois à six mois environ, quelquefois mais rarement plus longue.

CHAPITRE V

FRÉQUENCE ET LIEU D'ÉLECTION

Sur un relevé des registres de l'hôpital de Saint-Louis (Sénégal), M. Trucy a, pendant une période de 10 ans (1859 à 1869) enregistré 146 cas de Filaires de Médine; « mais, dit-il, il faut admettre que c'est là à peine la moitié des hommes atteints, car les noirs se soignent eux-mêmes ». Dans le Soudan français, en 2 années de séjour à Kita, il nous a été donné d'observer plus de 200 cas de Filaires, rien que chez des tirailleurs indigènes; 2 cas seulement se sont montrés chez des européens. Dans les autres postes du Haut-Sénégal, même à Médine, la Filaire n'est pas aussi fréquente, si nous nous en rapportons aux renseignements que nous ont fournis nos collègues et amis, les médecins de ces postes. Pas un de ces médecins n'a observé de dracunculose chez un Européen.

Dans les villages voisins du fort de Kita, où nous nous trouvions, plus de la moitié des noirs indigènes sont atteints chaque année, nous l'avons déjà dit.

Les adultes sont plus fréquemment atteints que les enfants, les hommes plus souvent que les femmes ; la raison en est sans doute, que seules les captives prennent part avec les hommes aux travaux des champs, et par suite sont seules appelées, comme les hommes, à boire fréquemment de l'eau stagnante des mares.

Dans les autres postes où la Filaire se rencontre moins souvent, nos amis, les médecins de ces postes, ont observé une plus grande fréquence des cas de dracunculose, quand la colonne opérait plus

longtemps dans les pays situés entre le Sénégal et le Niger, comme par exemple en 1885.

A en croire les nombreux auteurs que nous avons consultés sur la dracunculose, il serait assez rare d'observer plusieurs dragonneaux chez le même malade; nous serions tenté d'affirmer que le contraire s'observe plus fréquemment, et qu'il est ordinaire de rencontrer plusieurs vers successivement ou à la fois chez le même sujet.

Nous avons vu plusieurs cas de véritable infection vermiculaire chez des tirailleurs noirs; ces tirailleurs sont restés malades pendant plusieurs mois, incapables de tout service, même quelquefois absolument impotents, et ont présenté successivement 20 dragonneaux ou plus. Un jeune Maure, que mon prédécesseur à Kita, M. le Dr Crambes, avait bien voulu recueillir et soigner, avait tuot le corps, et particulièrement les cuisses et les jambes, couvert de cicatrices, traces des nombreux abcès qu'avait déterminés chez lui la présence de Filaires de Médine. Tous les Européens qui ont été atteints de dracunculose ont eu plusieurs vers, comme on peut le voir en consultant les observations que nous donnons plus loin.

Les récidives sont évidemment fréquentes, puisque chaque année, pendant la saison des pluies, la moitié environ des habitants sont atteints. Aussi le service militaire en souffre beaucoup; nous avons été obligé, plus d'une fois, d'exempter de tout service plus du quart de l'effectif indigène de la garnison pour dracunculose. Fort heureusement cette véritable épidémie n'a qu'un temps, dure seulement 2 ou trois mois; la filaire disparaît avec la fin de la saison des pluies.

Cette fréquence de la maladie pendant la saison d'hivernage a frappé tous les observateurs et a été invoquée par beaucoup d'entre eux en faveur de la théorie de la pénétration du nématode par la peau. « Il est naturel de penser, dit M. Trucy,

que l'on rencontre la Filaire dans les endroits où les pluies sont les plus abondantes. » Nous ne pensons pas comme cet auteur; nous n'avons pas observé que les pluies soient plus abondantes à Kita que dans les autres postes voisins, et cependant les cas de filaires s'y sont montrés plus nombreux.

Voici d'ailleurs un relevé par mois des cas de dracunculose observés par nous, à Kita, de septembre 1884 à octobre 1886 :

		1884.	1885.	1886.
	Janvier.....	»	»	»
	Février.....	»	»	»
	Mars.....	»	»	»
	Avril.....	»	»	»
Quelques pluies....	Mai.....	»	6	4
Hivernage.....	Juin.....	»	8	10
	Juillet.....	»	4	30
	Août.....	»	20	56
	Septembre...	7	18	50
Pluies rares.....	Octobre.....	1	7	»
	Novembre...	»	4	»
	Décembre....	»	»	»
		8	67	150

Comme on le voit dans ce tableau, c'est seulement dans les mois de mai, juin, juillet, août et septembre, c'est-à-dire pendant les mois pluvieux que la Dracunculose sévit surtout.

Si en 1885, les cas sont moins nombreux à Kita en juin et juillet, c'est parce que l'effectif indigène de la garnison avait été aussi restreint que possible pour les besoins de la colonne expéditionnaire.

Lieu d'élection. — Le siège de la Filaire est très variable ; on peut la rencontrer sur tout le corps, depuis la plante des pieds, jusqu'au sommet de la tête, mais son siège de prédilection est cer-

tainement le pied et la partie inférieure de la jambe. Nous empruntons à la Thèse de M. Trucy, un relevé des statistiques de l'hôpital de Saint-Louis, au Sénégal, comprenant 146 cas de Dracunculose, avec leur lieux d'élection :

Aux pieds et aux malléoles.	68
Aux jambes.	47
Aux cuisses.	12
Au tronc.	9
Au scrotum.	6
Aux membres supérieurs. .	4
	146

Comme on peut le voir, dans ce tableau, M. Trucy n'a relevé aucun cas de filaire à la face ou à la tête; nous n'en avons nous-même rencontré aucun cas, mais un de nos amis, M. le Dr Lacarrière, en a observé un à la tempe et un autre au sommet de la tête.

Clot-Bey et Cezilli ont vu des filaires à la langue et Joubert deux à la face; mais ces cas de dracunculose à la face ou sous le cuir chevelu sont extrêmement rares. Voici, du reste, le relevé de 225 cas de filaires observés par nous à Kita :

Aux pieds et aux malléoles.....	108
Jambes.....	59
Cuisses.....	24
Scrotum.....	2
Verge.....	1
Tronc.....	8
Main.....	9
Avant-bras.....	12
Bras.....	2
	225

Comme on peut le voir, les relevés des cas de filaires faits à Saint-Louis et à Kita ne diffèrent guère l'un de l'autre; cependant M. Trucy a observé une proportion un peu plus forte de cas de dracunculose aux pieds et aux jambes. Nous avons remarqué que l'on observait beaucoup plus souvent des filaires aux cuisses, au tronc ou aux membres supérieurs, quand les malades présentaient à la fois plusieurs filaires. Nous sommes en outre convaincu que le nombre des dragonneaux à la partie supérieure de la jambe, à la cuisse, au tronc et au membre supérieur augmenterait dans une proportion considérable, si les noirs venaient consulter le médecin pour tous les cas de filaires. Mais le plus souvent les tirailleurs ne venaient réclamer des soins, que quand ils étaient absolument incapables de marcher ou de faire leur service, ou encore quand ils souffraient beaucoup.

Combien d'entre eux n'avons-nous pas vus, atteints de filaires aux jambes et aux cuisses, et faisant malgré cela tout leur service de soldats? Ces tirailleurs ne venaient pas à la visite et n'ont pas été compris dans nos statistiques.

CHAPITRE VI

SYMTOMATOLOGIE

La Filaire de Médine peut être quelquefois reconnue sous la peau bien longtemps avant que sa présence donne lieu à aucun symptôme morbide. Nous avons constaté sur nous-même, au pied, la présence d'un cordon assez dur, roulant sous le doigt, près d'un mois avant de ressentir aucune démangeaison ou douleur; la vue seule de cette saillie anormale sous la peau nous avait frappé, et nous ne nous doutions guère que nous avions une Filaire en ce point. Mais ce cas se présente assez rarement,

Généralement la présence du dragonneau est signalée par l'apparition de vives démangeaisons dans le point où l'animal doit perforer la peau. Quelquefois ces démangeaisons manquent, et le malade, la première fois qu'il vient consulter le médecin, se plaint surtout de ressentir une vive douleur tout à fait localisée : au point douloureux, on constate un peu d'œdème et de la rougeur diffuse. Les premiers symptômes varient, du reste, suivant le siège du mal; si la Filaire est située au milieu de parties molles qui se laissent distendre facilement, si elle est pelotonnée, elle se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, plus ou moins irrégulière, ayant tous les caractères d'un abcès chaud ordinaire, ou d'un furoncle. Un de nos amis, M. le Dr Grall, a rencontré un cas bien curieux de Filaire ainsi pelotonnée et se présentant absolument sous la forme d'une tumeur furonculeuse. Le tirailleur qui en était porteur reçut accidentellement un coup de baïonnette dans la tumeur, et le ver sortit d'un seul coup complètement enroulé sur lui-même.

D'autres fois on aperçoit sous la peau une saillie anormale sinueuse, de la dimension d'une corde de violon, roulant sous le doigt, et il n'existe de la rougeur et de la douleur qu'en un seul point, bien limité, là où l'animal va perforer la peau. D'autres fois encore, rien ne fait pressentir la présence du dragonneau; le mal débute absolument comme un phlegmon : on constate de la rougeur, de la chaleur, un gonflement considérable des parties malades; le palper permet de constater une induration notable de la région, mais ne donne aucune sensation qui puisse indiquer la présence du ver de Médine. Il y a de l'inappétence, de la fièvre, de l'insomnie. Puis, quand on pratique une incision pour donner issue au pus, on est tout étonné de voir sortir une filaire en même temps que le pus. Ces phénomènes s'observent surtout quand la filaire est profondément située, et pénètre entre les muscles.

Dans les cas ordinaires, il existe chez les noirs un changement de coloration des tissus, chez les européens une rougeur plus ou moins vive; puis au point où doit sortir le dragonneau, on aperçoit un petit bouton, une petite phlyctène de 0^m002 à 0^m003. Cette phlyctène est tantôt transparente et pleine de sérosité limpide, tantôt au contraire noirâtre, d'aspect hémorragique, et contient alors une gouttelette de sang comme si la peau avait été fortement contusionnée. Dans tous les cas, elle crève rapidement, en 24 heures ou 36 heures au plus, et, la sérosité écoulée, on voit émerger du centre de la phlyctène l'extrémité effilée du ver.

Il est rare que l'on puisse retirer d'un seul coup le dragonneau; ce fait se présente seulement quand le ver est pelotonné et a déterminé un abcès ou un phlegmon, avec le pus duquel il est éliminé en bloc. Le plus souvent la filaire s'étend assez loin sous les téguments; on peut suivre son trajet sinueux sur une étendue de plusieurs centimètres, et alors il ne faut guère songer à la retirer, si ce n'est en plusieurs séances. Généralement aussi on voit, après

les premières tentatives d'extraction, l'inflammation augmenter pendant un ou plusieurs jours, surtout si le dragonneau a été rompu pendant les tractions excercées sur lui. Dans ce dernier cas, la filaire se rétracte sous les téguments, et il est impossible de la ressaisir; on est obligé d'attendre la formation d'un nouvel abcès, et on voit reparaître le nématode soit au même point, soit par un nouvel orifice dans les parties voisines. Aussi est-il bon de s'armer de patience quand on pratique l'extraction d'une filaire.

La douleur est généralement supportable et n'est vraiment un peu forte que pendant les 24 heures qui précèdent la sortie du ver; nous avons déjà dit que beaucoup de tirailleurs noirs, porteurs de filaires, pouvaient faire leur service si le ver n'était pas au pied ou dans le voisinage des malléoles. Mais la douleur prend un caractère d'acuité extrême pendant les tractions opérées sur le ver : nous nous sommes vu obligé maintes fois de cesser ces tractions, à cause de la souffrance extrême qu'elles causaient aux malades, et cependant la plupart des noirs supportent courageusement la douleur.

Quelques auteurs parlent d'une douleur spéciale ressentie par le malade quelques instants après que le ver a été rompu; cette douleur irait en s'exaspérant et pourrait même déterminer des accidents très graves. M. Trucy et nos collègues, les médecins des postes du Soudan français que nous avons consultés sur ce point, disent ne l'avoir jamais observée. Nous-même ne l'avons jamais éprouvée, ni constatée chez les autres, et nous pensons que, si des accidents nerveux graves peuvent survenir, déterminés par la vivacité de la douleur, c'est pendant les tentatives d'extraction qu'ils doivent se montrer, surtout quand le ver est enroulé autour d'un tendon ou d'un orteil et point n'est besoin que le ver se brise pour que ces accidents apparaissent.

La dracunculose est ordinairement sans influence sur l'état général : le plus souvent on ne constate qu'un peu d'insomnie et

de courbature dues à ce que le malade est obligé de conserver longtemps le même décubitus pour éviter la douleur déterminée par tout mouvement ou toute pression exercée sur la région atteinte. Cependant la fièvre se déclare parfois, peut même être très forte, mais seulement dans des cas spéciaux, quand par exemple le ver ne peut pas être extrait, comme nous l'avons dit plus haut, quand il se produit un véritable phlegmon ou de la gangrène des parties voisines, ou bien encore lorsqu'il existe une véritable infection vermiculaire de l'organisme.

Nous avons déjà dit que l'abcès s'ouvre le plus souvent de lui-même; que ce cas se présente, ou que le chirurgien soit obligé d'inciser l'abcès, une prompte cicatrisation survient et le malade guérit rapidement si le ver a pu être retiré en une ou deux séances; si la Filaire n'apparaît pas, il se forme de nouveaux abcès, qui, une fois ouverts, donnent issue à des portions de ver.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Les symptômes déterminés par la présence de la Filaire de Médine chez l'homme sont, nous venons de le voir, fort variables suivant son siège, sa disposition enroulée ou non, suivant les difficultés plus ou moins grandes que présente son élimination ; mais ce ne sont en somme que les symptômes présentés par les abcès, les phlegmons et les furoncles. Cependant les démangeaisons du début, la vue ou la sensation au toucher d'un cordon dur, roulant sous le doigt, pourront éclairer le chirurgien ; l'apparition d'une petite phlyctène au début puis de l'extrémité du ver imposera le diagnostic ; la Filaire de Médine ne peut en effet être confondue avec quoi que ce soit. Mais si ces trois signes particuliers, prurit du début, présence d'un cordon sous la peau, apparition d'une phlyctène font défaut, le diagnostic sera très difficile, sinon impossible. Les antécédents du malade pourront seuls faire soupçonner la présence du dragonneau. Si par exemple on se trouve en présence d'un abcès dont on ne peut expliquer l'origine, chez un malade qui a eu récemment une ou plusieurs Filaires, on aura tout lieu de croire qu'on a affaire à un nouveau cas de dracunculose. Le siège, la forme et l'étendue de la tumeur pourront aussi, dans bien des cas, fournir de précieuses indications, mais seulement dans les pays même où la dracunculose est endémique.

Le plus souvent la confusion avec un furoncle ou un phlegmon simple sera sans conséquence, le traitement à appliquer étant le

même. « Cependant, dit Van Beneden, dans son article du *Dic-*
» *tionnaire Encyclopédique sur la Filaire de Médine,* les chirur-
» giens des hôpitaux où l'on reçoit les matelots, ne doivent pas
» oublier que le dragonneau peut se présenter sous des aspects
» fort divers, et nous pouvons bien rappeler ici qu'un malheureux
» matelot allait subir l'amputation du pied, quand un confrère
» s'aperçut que tout le mal était dû à la présence d'une
» Filaire. »

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Le pronostic est généralement bénin ; l'état général n'est souvent pas influencé et la guérison est d'autant plus rapide que le ver est superficiel et pelotonné sur lui-même. Il est évident que cette guérison s'obtiendra plus difficilement si la Filaire est enroulée autour d'un orteil, d'un tendon ou de la verge, comme nous l'avons observé plus d'une fois.

La présence du dragonneau au voisinage des articulations a déterminé parfois une inflammation légère et courte de ces articulations.

La rupture de la Filaire ne nous semble pas déterminer d'accidents particuliers, si ce n'est l'apparition d'abcès secondaires et aussi une durée plus longue de la maladie.

« Le tempérament, dit M. Trucy, peut aussi guider le chirur-» gien pour le pronostic ; car l'on a remarqué que le ver met plus » longtemps à se détacher chez les individus cachectiques et ané-» miques : par contre, chez ceux qui sont doués d'un tempéra-» ment pléthorique, on verra la maladie marcher plus rapidement, » en s'accompagnant de symptômes fébriles, surtout s'il existe » plusieurs filaires. » Ce fait n'a du reste rien de surprenant.

Il est naturel que les organismes plus robustes réagissent plus énergiquement, et par suite se débarrassent plus facilement du dragonneau, comme de tout corps étranger.

Le pronostic, avons-nous dit, est généralement bénin ; cependant nous reconnaissons, avec Follin, que, quand les filaires

sont nombreuses, situées profondément et ne peuvent être expulsées, elle donnent lieu à des accidents de la plus haute gravité, tels que phénomènes nerveux, délire, suppuration profonde et parfois gangrène. Clot Bey, Clarke et Trucy rapportent des cas de terminaison fatale ; nous n'en avons point observé.

Il est une remarque que nous devons faire ici, en notre qualité de médecin de la marine, c'est que si la dracunculose, chaque cas pris isolément, n'est pas une maladie grave, elle n'en constitue pas moins un fléau sérieux pour les corps de troupes, à cause du grand nombre d'hommes qu'elle atteint à la fois et met dans l'impossibilité absolue de faire leur service. A ce titre, elle mérite de fixer toute l'attention du médecin militaire appelé à servir dans les pays où le dragonneau est endémique.

Le cas relaté dans l'observation II est le seul où la guérison n'ait pas été complète, et où nous ayons observé des douleurs persistant plusieurs mois après la sortie de toutes les filaires. Tous nos malades ont pu reprendre leur service quelques jours après la cicatrisation de leurs plaies et ressentaient à peine une petite gêne dans les mouvements des régions atteintes.

Les ulcères, si fréquents chez les noirs à la suite de la dracunculose, sont dus aux pansements qu'ils s'appliquent et peuvent être facilement évités par des pansements antiseptiques.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Prophylaxie. — En parlant du mode de pénétration de la Filaire chez l'homme, nous avons exposé qu'à notre avis ce parasite était ingéré avec l'eau prise comme boisson, et que les filtres étaient souvent impuissants pour purifier complètement cette eau. « Le plus sûr moyen d'éviter l'infection, dit le docteur Da Silva Lima, est de s'abstenir des eaux suspectes, à moins qu'elles ne soient filtrées ou bouillies, ou mieux encore soumises à ces deux opérations. » Partageant absolument l'opinion de ce médecin distingué, nous conseillons de ne pas s'en tenir à la filtration pour rendre l'eau potable, et de revenir au procédé auparavant en usage dans nos postes Soudanais, à l'ébullition prolongée. Cette mesure aura, croyons-nous, le double avantage de prémunir contre la dracunculose beaucoup plus sûrement que toutes les autres mesures prophylactiques recommandées par les partisans de la pénétration à travers la peau, et en même temps contre la dysenterie, souvent due à la nature infectieuse des eaux ingérées.

Cependant pour ne négliger aucune précaution, nous dirons qu'il est bon de ne pas se baigner dans les eaux dormantes, de ne pas se coucher sur le sol humide, de ne pas marcher les pieds et les jambes nus; ces conseils hygiéniques que nous jugeons inefficaces au point de vue de la préservation de la dracunculose, sont toujours bons à suivre partout et surtout dans les pays chauds.

Est-il besoin de dire que nous n'accordons le moindre crédit à l'usage journalier du poivre, de l'ail, du soufre, du tabac, du

mercure, de l'aloès et de tant d'autres substances encore qui ont été vantées dans le traitement de la Filaire? Les Brahmanes se prémunissent-ils réellement contre la dracunculose en assaisonnant fortement leurs mets avec de l'Asa fœtida, comme on l'a raconté? Nous n'en voulons rien croire et ne citons ces prétendus traitements que pour mémoire. Passons au traitement chirurgical.

Traitement chirurgical. — Parlons d'abord de la méthode ordinairement employée pour extraire le ver, méthode qui, pour être la plus ancienne, n'en est pas la moins bonne à notre avis. Cette méthode consiste à faire des onctions mercurielles et à appliquer des cataplasmes émollients sur les points où se trouve la Filaire; puis, dès que l'on peut saisir l'extrémité du nématode avec une pince, on l'amène au dehors par une traction modérée, soutenue, sans secousse; à mesure que le ver sort, on l'enroule sur un bâtonnet, et mieux sur un petit rouleau de Diachylon. Les tractions doivent être arrêtées dès que l'on éprouve une résistance un peu forte; sinon, on s'expose à rompre le ver et à retarder par suite la guérison.

A la fin de chaque tentative d'extraction, il est bon de fixer le ver sur le rouleau de diachylon, et celui-ci sur la peau avec de la baudruche collodionée; nous avons observé, en effet, que s'il n'était pas fixé, le ver rentrait parfois en partie dans sa cavité. Les indigènes, du reste, ne manquent jamais de prendre la précaution de fixer le dragonneau, quel que soit le mode de pansement adopté par eux.

L'extraction généralement s'obtient en 6 ou 8 jours, si toutefois on ne rompt pas le ver.

Faut-il, comme le conseillent quelques auteurs, pratiquer une incision aux téguments dès que la tumeur s'est développée, ou dès que l'on constate dans une région la présence d'une Filaire? Cette manière d'opérer ne nous a jamais donné de résultat avantageux; nous préférons, comme M. Trucy, attendre que l'abcès se soit formé et inciser sur la vésicule seulement.

M. Trucy a préconisé un traitement particulier qui a pour but de tuer le dragonneau sur place, afin de l'extraire ensuite plus facilement. Ce procédé consiste à injecter, à l'aide d'une seringue de Pravaz, de la teinture d'iode pure (25 à 60 gouttes) dans le trajet occupé par la Filaire. « L'iode tue d'abord la Filaire, puis agit comme irritant sur les parois du trajet et de la poche occupés par le ver, active la marche des accidents inflammatoires et amène ainsi une guérison plus rapide. » Tandis que la durée du traitement par la méthode ordinaire a été de 23 jours dans les cas observés par M. Trucy; pour lui le traitement par les injections de teinture d'iode a nécessité seulement une durée de 6 jours et demi. Nous avons fréquemment pratiqué ces injections et n'avons pas eu le bonheur de constater cette grande diminution de la durée du traitement; le dragonneau n'a pas toujours été tué. Toute la partie du nématode qui n'avait pas été en contact avec la teinture d'iode nous a semblé resté intacte et vivante, et demeurait aussi difficile à extraire. Ce traitement par les injections iodées nous a paru être avantageux seulement dans les cas où la Filaire est localisée dans un espace restreint ou quand l'organisme débilité réagirait peu vivement pour se débarrasser du parasite. Quelquefois, et même assez souvent, les injections de teinture d'iode pure ont déterminé une inflammation extrêmement vive de la région malade, et ont occasionné des phlegmons assez étendus. Quelques-uns de nos collègues ont observé comme nous des phlegmons graves déterminés par ce traitement, et se sont vus obligés de l'abandonner.

Dans les cas ordinaires, c'est-à-dire quand l'inflammation n'est pas très vive, nous conseillons de s'en tenir à la méthode ordinaire de l'enroulement du ver sur un rouleau de diachylon et des pansements humides consistant en cataplasmes émollients ou charpie et compresses phéniquées. Avant chaque tentative d'extraction, on fera avec avantage une injection sous-cutanée de chlo-

rhydrate de morphine, ou de cocaïne; la douleur en est fort diminuée, et l'extraction devient de ce fait souvent beaucoup plus facile et plus rapide. C'est le procédé qui a été employé à l'hôpital de Brest, et qui se trouve relaté dans les Observations I et II.

Lorsque les accidents inflammatoires prenaient un caractère de gravité notable, sans que pour cela l'expulsion du ver semblât devoir se faire rapidement, nous avons toujours incisé la tumeur prématurément au thermocautère et appliqué des pansements antiseptiques ; le plus souvent, au bout de 48 heures, une détente se produisait et le ver était expulsé avec le pus.

Les noirs et les Arabes se servent souvent d'un fer de flèche chauffé au rouge pour ouvrir les abcès déterminés par la filaire. Quand la réaction de l'organisme ne leur semble pas assez vive, si le ver est déjà en partie sorti, ils emploient une poudre noire, connue dans le pays sous le nom de Néthé. Cette poudre est faite avec le fruit du néthé (Parkia africana) que l'on cuit incomplètement dans l'eau et qu'on laisse ensuite pourrir à l'air ; elle est humide, très nauséabonde et leur sert ordinairement de condiment, pour relever le couscous ; appliqué sur une plaie, le Néthé agit comme une substance infectieuse et détermine une inflammation violente des parties voisines, un phlegmon assez souvent étendu.

Nous avons dû quelquefois avoir recours aux antiphlogistiques et aux narcotiques les plus puissants pour combattre l'inflammation et la douleur ; je crois qu'en général il est préférable de s'adresser aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine et de cocaïne plutôt qu'aux autres narcotiques.

Il est encore d'autres modes de traitement que nous trouvons indiqués dans plusieurs auteurs, auxquels nous n'accordons pas une bien grande valeur ; tel est, par exemple, le procédé qui consiste à lier l'extrémité de la filaire et à suspendre au bout du fil

constricteur un petit poids qui, opérant une traction douce et continue, amènerait plus vite le ver au dehors ; nous avons plusieurs fois essayé cette méthode, mais elle nous a semblé occasionner plus fréquemment la rupture du dragonneau.

Il est enfin un procédé, qui n'a été mentionné par aucun auteur et qui nous a été signalé tout récemment.

Ce procédé consiste à appliquer sur la Filaire, dès qu'apparaît son extrémité, un emplâtre composé comme l'emplâtre de cire du Codex, mais contenant une proportion un peu plus forte de poix blanche. Le ver se fixerait à l'emplâtre, et on pourrait extraire très facilement le parasite d'un seul coup. N'ayant jamais essayé ce moyen, nous ne pouvons que l'indiquer et non le juger.

OBSERVATION I

R..., soldat d'Artillerie de marine, entre à l'hôpital maritime de Brest, le 9 juillet 1886, avec la note suivante : « Provient du Haut-Sénégal, Filaire de Médine qui s'est fait jour à la plante du pied. »

Cet artilleur a eu déjà 3 Filaires : la première, au pied droit, est sortie depuis un mois environ ; les deux autres, au pied gauche, sont sorties il y a une dizaine de jours.

C'est en descendant le Sénégal, pendant la traversée de Kayes à Saint-Louis, au mois de mai dernier, que R... a constaté pour la première fois qu'il était porteur de Filaires, c'est-à-dire un mois environ avant le commencement de la saison des pluies. Ce soldat venait de faire à pied le voyage de Kita à Kayes (350 kilomètres environ), mais n'a jamais marché pieds nus ; pendant les 30 mois qu'il a passés au poste de Kita, il a toujours porté des chaussures et n'a jamais couché sur la terre humide ; durant son voyage de retour, il a pu, presque toutes les nuits, trouver une case indigène pour y coucher ; il n'a eu à franchir, durant ce même voyage, que deux ou trois ruisseaux peu profonds. Au poste de Kita, pendant la première année de séjour de R..., l'eau destinée à être consommée comme boisson était purifiée par l'ébullition ; pendant la deuxième année, on se contentait de la filtrer avec un appareil Carré.

A son entrée à l'hôpital, on constate que R... est d'une constitution robuste, mais anémié par son long séjour dans le Soudan; il a eu dans ce pays fréquemment des accès de fièvre palustre. — Rate un peu grosse; foie normal. — Léger embarras gastrique. Pas de fièvre. — Au pied gauche on aperçoit actuellement 3 Filaires de Médine : l'une à la partie interne, l'autre à la partie externe de la face plantaire (ces 2 vers se dévident actuellement sur des bâtonnets placés à l'orifice de sortie); la troisième se trouve à la face dorsale, forme sous la peau une saillie nettement visible, légèrement enflammée et rouge; l'animal a récemment perforé les téguments; « l'avant-veille, nous dit le malade, il a vu se former une petite phlyctène en même temps qu'il ressentait des démangeaisons extrêmement vives, puis la phlyctène a crevé d'elle-même, et il a pu apercevoir l'extrémité du dragonneau sous la forme d'un fil assez ténu ». Les symptômes déterminés par les Filaires sorties précédemment se sont montrés absolument les mêmes : rougeur, douleur légère, formation d'un petit abcès; un prurit intense s'était formé au début et avait tout d'abord révélé au malade la présence de vers de Médine.

On constate enfin à la face externe du coude droit une saillie ondulée, longue de 10 centimètres environ, large de 2 millimètres, donnant au toucher la sensation d'un cordon dur, cylindrique, comme la donnerait une corde de violon : c'est certainement une Filaire que l'on sent ainsi sous les téguments. Il n'existe encore ni gonflement ni rougeur en cet endroit, mais seulement un peu de gêne des mouvements, et des démangeaisons très localisées.

10 juillet : L'extraction des Filaires s'obtient difficilement; l'état général en est un peu influencé. Le malade se plaint d'embarras gastrique; langue saburrale, ventre ballonné légèrement, quelques coliques, 4 selles liquides dans la journée.

15 juillet. L'embarras gastrique de ces jours derniers a disparu. Les 2 Filaires situées à la plante du pied gauche sont sorties entièrement, sans se rompre, et la plaie de sortie est cicatrisée. Phlyctène noirâtre au coude hier, et apparition de la Filaire qu'on avait reconnue à cet endroit, lors de l'entrée de R... à l'hôpital. On opère comme pour le dragonneau situé au dos du pied gauche; on le saisit avec une pince à pression continue et on l'enroule sur un drain; mais, comme les tractions sont fort douloureuses, on pratique *loco dolenti* une injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne, et l'on extrait le ver très facilement et sans douleur. Le malade accuse

aujourd'hui de la douleur au creux poplité gauche ; on trouve en cette région un peu d'induration, une tuméfaction et une rougeur à peine marquées ; le troisième orteil droit est aussi douloureux ; une phlyctène apparaît sur sa face dorsale ; tout le pied droit est un peu tuméfié comme l'orteil.

16 juillet : Le dragonneau du pied gauche est totalement sorti ; à la racine du troisième orteil droit, on pratique une injection de cocaïne, et le malade retire lui-même le dragonneau sans le rompre ; ce ver est très grêle, a seulement $0^m 20$ de longueur ; à l'examen microscopique, on ne le trouve pas, comme les autres, plein d'embryons. Le pied droit est très tuméfié, douloureux, rouge. Pas de fluctuation.

18 : D'autres filaires se montrent ; une à la partie moyenne de la jambe droite, deux à la face externe du pied droit. On leur applique le même pansement qu'aux précédentes, c'est-à-dire injection de cocaïne, quand les tentatives d'extraction sont trop douloureuses, enroulement et fixation du ver sur un tube à drainage ou un petit rouleau de diachylon, puis pansement humide (cataplasme ou charpie phéniquée).

L'apparition de ces nombreuses filaires influe un peu sur l'état général du malade ; inappétence, embarras gastrique, insomnie, céphalalgie, fièvre. La température du 20 au 25 juillet varie entre $38°2$ et $39°5$.

24 juillet : On a constaté la présence d'une nouvelle filaire à la partie latérale externe et supérieure de la jambe gauche ; formation d'un abcès à ce niveau. On pratique une incision et, dès la première tentative d'extraction, on retire de $0^m 12$ à $0^m 15$ de la filaire. A la partie inférieure de cette même jambe, près du bord interne du tendon d'Achille, il existe un autre abcès plus volumineux ; tuméfaction et rougeur assez considérables de ces parties. Œdème du pied. L'incision de la tumeur donne issue à un jet de pus grisâtre, mêlé de sang, et une filaire sort d'un bloc.

28 : L'état général s'est notablement amélioré ; la fièvre a disparu. La plupart des filaires signalées ont déjà été extraites totalement ; celle qui existait au creux poplité a déterminé, sans formation d'abcès, un petit pertuis, situé le long du demi-tendineux, et sort par ce pertuis.

31 juillet : A la fesse droite, douleur vive, rougeur, gonflement, induration ; à l'inspection ou au toucher, rien n'indique la présence d'un dragonneau, mais il est probable qu'on a cependant affaire à un nouveau parasite. Pas de fluctuation.

8 août : La sortie des dernières filaires se fait assez longtemps attendre ; le ver, qui existait à la fesse, a été rompu.

19 août : On extrait $0^{m}15$ de la dernière filaire située à la partie supérieure et externe de la jambe.

21 août : La cicatrisation des diverses plaies de sortie ne se fait que lentement, et l'état d'anémie profonde du malade exige son maintien à l'hôpital.

R... sort de l'hôpital, complétement guéri, le 3 octobre. Pas de filaire depuis le 31 juillet.

OBSERVATION II

Gué..., François, soldat d'artillerie de marine.

Entre le 9 juillet à l'hôpital maritime de Brest pour « Filaires de Médine »; il arrive du Sénégal où il vient de passer vingt-quatre mois, dont deux à Dakar, et les vingt-deux derniers au poste de Kita, dans le Soudan français.

Durant son séjour dans ce pays, ce soldat a contracté la dysenterie, la fièvre paludéenne et la fièvre bilieuse hématurique. Pendant la première année qu'il a passée au poste de Kita, il n'a jamais eu le ver de Médine; c'est seulement pendant le voyage, qu'il s'est vu pour la première fois atteint du dracunculose. Gué... s'est, du reste, toujours trouvé au Soudan dans les mêmes conditions hygiéniques que son camarade R... qui fait le sujet de l'Observation I, et est rentré avec lui en France.

Actuellement Gué... est porteur de plusieurs filaires aux pieds; on les distingue très bien à la vue et au toucher sous les téguments qu'elles n'ont pas encore perforés. Les pieds sont le siège d'une tuméfaction notable, et d'un prurit intense. Quelques plaques d'urticaire à la jambe et au pied droit. En outre, à la cuisse droite, à la partie moyenne et antérieure, on voit une filaire sortie en partie à travers un orifice légèrement enflammé.

10 juillet : On extrait une partie du ver signalé à la cuisse droite; on fixe l'animal sur un petit rouleau de diachylon, et l'on applique un pansement phéniqué. Cataplasme émollient.

Etat général satisfaisant; un peu d'insomnie.

18 juillet : Depuis deux jours, rougeur et inflammation vives de la cuisse au voisinage de la plaie; la filaire est entièrement sortie depuis hier. Fluctuation très nette de la région tuméfiée; une incision est pratiquée et donne issue à une grande quantité de pus. Un autre abcès est en voie de formation au niveau de la malléole externe droite.

Un peu de fièvre : T = 38°5. Langue saburrale.

1er août: L'abcès de la cuisse est en bonne voie de guérison. Issue d'une partie (0m 35) de la filaire signalée près de la malléole externe droite. En outre, de la partie moyenne de la cuisse droite, à la face postérieure, sort depuis hier un nouveau dragonneau ; on pratique sur son trajet une injection de cocaïne, et on extrait environ 0m 40 du ver. Le pied gauche est toujours rouge, tuméfié et douloureux.

9 août : Incision d'un abcès assez volumineux au-dessous du cou-de-pied gauche, et issue de 0m 25 de filaire avec le pus. On extrait le reste de la filaire située près de la malléole externe droite, mesurant 0m 35 de longueur puis on fait une injection de cocaïne dans la partie moyenne du mollet droit, où une phlyctène est apparue hier, accompagnée des symptômes ordinaires qui annoncent la sortie d'un ver de Médine, et avec des pinces à pression continue on retire une partie du parasite.

Depuis plusieurs jours, il existe un léger embarras gastrique, de la fièvre (T = 38°2 à 39°), de l'insomnie, une fatigue très grande.

16 août : Toutes les filaires apparues jusqu'au 9 août sont totalement sorties, excepté celle du mollet droit, que l'on ne peut extraire, même après des injections de cocaïne; presque toutes les plaies de sortie sont cicatrisées. Le pied droit est revenu à son volume normal, mais le pied gauche continue d'être douloureux, très rouge et très tuméfié; un phlegmon menace de s'y déclarer. La fièvre qui avait cessé pendant quatre ou cinq jours a reparu aujourd'hui (38° 6).

Traitement : Eau de seddlitz, 1 verre; large cataplasme sur le pied gauche, pansement phéniqué au mollet.

28 août : Depuis huit jours trois nouvelles filaires sont sorties successivement du pied gauche : une au-dessous de la malléole interne, une deuxième à la face plantaire, la troisième à la face dorsale. L'issue des deux premières s'est accompagnée de la formation d'abcès assez volumineux ; elles ont pu être retirées complètement en deux séances. Elles présentent 0m 55 et 0m 65 de longueur. Le ver situé à la face dorsale n'est extrait qu'en partie.

9 septembre : Après une injection de cocaïne, on obtient la sortie en entier du ver qui était au mollet droit. Abcès peu considérable à ce niveau. Le dragonneau paru le dernier, à la face dorsale du pied gauche, est aussi sorti entièrement.

Etat général satisfaisant. Fatigue extrême.

Le malade part le 27 octobre en congé de convalescence; trois mois après, il rentre à l'hôpital pour douleurs consécutives à la présence de filaires, et obtient un deuxième congé de convalescence, à la suite duquel il déclare souffrir encore et ne pouvoir faire son service. Il est statué sur son état et on le renvoie à son régiment comme propre au service.

OBSERVATION III

M. B..., lieutenant d'Infanterie de marine, se présente à la visite le 7 octobre 1885, et se plaint de ressentir une douleur assez vive au pied droit, au-dessous de la malléole interne. Il existe à ce niveau de la rougeur et du gonflement; à la face plantaire, près du bord interne, on aperçoit une petite plaie de laquelle sort l'extrémité très effilée d'un ver de Médine, qui se dessine un peu sous la peau. Il y a quelques jours, M. B... a eu une petite ampoule, au niveau de la plaie actuelle, mais il n'y a prêté aucune attention, cette ampoule étant assez peu douloureuse.

M. B... n'a jamais eu de filaire précédemment; il est depuis quelques mois seulement au Sénégal, et n'a encore passé de saison d'hivernage ni ici ni dans aucun autre pays où la filaire soit endémique. Cet officier vient de prendre part à la colonne dirigée contre Samory, et, par suite, a été obligé, durant cette campagne, d'entrer fréquemment dans l'eau en traversant les rivières rencontrées sur le chemin suivi. En outre, pendant plusieurs jours, au village de Nafadié, où sa compagnie s'est trouvée bloquée momentanément, il a dû, comme tous ses compagnons, boire de l'eau du seul puits qui se trouvait dans le village. Cette eau était très trouble, boueuse, et on n'avait pas les moyens de la purifier.

Incision sur le trajet suivi par le ver, près de la plaie.

Traitement. — Enroulement du ver sur une allumette; pansement phéniqué. Repos.

17 octobre : La filaire est entièrement sortie, et la plaie à peu près guérie.

M. B..., n'a pas eu d'autre ver de Guinée pendant le reste de son séjour au poste.

OBSERVATION IV

Yoro Diakité, tirailleur indigène, se présente à la visite le 15 septembre 1885. Cet homme a déjà eu des filaires dans différentes parties du corps. Il vient de faire la campagne contre Samory, et appartient à la compagnie qui se trouvait à Nafadié.

Depuis quelques jours, ce soldat se plaint d'une douleur très vive à la région lombaire droite ; dans cette région, à 8 centimètres environ de la colonne vertébrale, existe une tumeur, grosse comme un œuf de poule, chaude, fluctuante, assez mal limitée ; les parties voisines sont rougeâtres œdématiées. La tumeur a augmenté peu à peu. Un peu de fièvre, d'embarras gastrique.

L'incision de la tumeur donne issue à 100 grammes de pus bien lié. En pressant sur les parois de la poche purulente pour expulser les dernières gouttes de pus, nous faisons sortir, à notre grand étonnement, une filaire pelotonnée sur elle-même. Une solution antiseptique est injectée dans le foyer purulent ; on applique un pansement phéniqué, et la guérison se fait rapidement.

Nous avons relaté cette observation, pour montrer la difficulté du diagnostic dans certains cas de dracunculose. Rien ne pouvait faire prévoir la présence d'une filaire dans la poche purulente ; le malade n'accusait pas les douleurs habituelles déterminées par le ver ; pas de saillie sinueuse sous la peau dessinant le trajet suivi par une filaire ; pas de trace d'ampoule, rien en un mot. Tout au plus pouvait-on réserver le diagnostic, parce que le malade avait déjà eu plusieurs vers de Guinée. Tout, au contraire, imposait le diagnostic : Abcès phlegmoneux. Les noirs eux-mêmes habitués à considérer les abcès comme des symptômes de dracunculose, furent en ce cas aussi étonnés que nous de voir apparaître une filaire, étant donnés la forme et le siège de la tumeur.

OBSERVATION V

Lamine Mahmadou, soldat à la 7e compagnie de Tirailleurs Sénégalais, se présente à la visite le 21 juillet 1887, pour abcès à la jambe droite.

Dès son entrée à l'hôpital, on constate que l'abcès est dû à la présence d'une Filaire de Médine ; depuis plusieurs jours déjà, ce tirailleur éprouvait

à la région aujourd'hui malade des démangeaisons extrêmement vives. Puis il s'est produit du gonflement de la région; la marche est devenue très pénible; hier, une phlyctène transparente s'est formée au-dessous de la partie moyenne de la face extérieure de la jambe, à 0^m10 environ au-dessus de la malléole ; aujourd'hui, cette phlyctène est crevée et l'on aperçoit nettement l'extrémité du dragonneau.

Pas de fièvre, appétit conservé, marche ou station verticale très douloureuse.

Ce tirailleur a déjà été atteint de dracunculose l'année dernière, à la suite de la campagne contre Samory, à laquelle il prit part. Quatre filaires lui ont été extraites facilement des jambes et des pieds. Depuis la fin de l'hivernage dernier, Lamine n'a pas éprouvé le moindre symptôme de dracunculose ; il n'a jamais quitté le poste pendant toute la saison sèche qui dure huit mois : pendant cette période, jamais il ne lui est arrivé de se baigner dans les mares ou les petits ruisseaux qui se trouvent à peu de distance du fort. Durant la journée, il remplit au poste les fonctions de cuisinier, et boit alors de l'eau filtrée ; l'eau qu'il prend en boisson chez lui, le soir, provient d'un puits peu profond, situé près du marigot.

Après plusieurs tentatives d'extraction, qui permettent de retirer 0^m05 du ver seulement, le traitement ordinaire est prescrit :

Repos, onction mercurielle et cataplasme émollient.

Le ver est fixé sur un rouleau de diachylon.

30 juillet : La première filaire est sortie entièrement ; elle mesurait une longueur de 0^m70. La plaie est en bonne voie de guérison.

Les deux pieds sont le siège d'une douleur assez vive et d'une tuméfaction considérable, surtout au-dessous des malléoles. Douleur sourde, mais prenant par intervalles un caractère aigu ; il semble au malade que par moment on lui enfonce des aiguilles dans le pied, sous les malléoles. Cette douleur spéciale, il l'a déjà éprouvée l'an dernier, avant l'apparition des filaires. A l'inspection ni à la palpation des parties malades, on ne peut trouver de signe permettant d'affirmer la présence de dragonneaux ; il n'y a cependant pas à douter que nous ne nous trouvions en face de nouveaux parasites.

Réaction fébrile, langue saburrale, insomnie.

Traitement : Sulfate de soude 30 gr. Pédiluves tièdes, onctions mercurielles et cataplasmes.

6 août : Ces jours derniers, trois filaires se sont montrées successivement,

deux au pied droit, l'autre au pied gauche et ont occasionné des abcès assez limités.

Les tentatives d'extraction demeurent infructueuses ; il est impossible de retirer plus d'un ou de deux centimètres de chaque ver par séance. La fièvre a disparu ; il reste un peu de trouble de l'appareil digestif ; la douleur a diminué, mais le malade ne peut néanmoins dormir.

Potion avec hydrate de chloral 2 gr. Même pansement.

Les jours suivants, l'état général demeure à peu près le même ; la tuméfaction et la teinte rougeâtre des parties ont diminué, mais les filaires résistent toujours aux tentatives d'extraction. Douleur à l'avant-bras gauche ; un peu de gonflement et de changement de coloration de la région.

Traitement : Injection de 20 gouttes de teinture d'iode pure, suivant la méthode de M. Trucy, dans le trajet suivi par les deux filaires placées au pied droit, cataplasme laudanisé sur le pied gauche et l'avant-bras.

15 août ; Les injections de teinture d'iode ont déterminé un phlegmon étendu du pied droit, phlegmon que l'on est obligé de traiter énergiquement par de larges incisions et des pansements antiseptiques. Une nouvelle filaire se voit à l'avant-bras gauche. L'état général n'est pas très bon. Fièvre forte, céphalalgie, embarras gastrique. Insomnie à peu près complète la nuit dernière, bien que le malade ait pris quatre grammes d'hydrate de chloral en potion

Traitement : Limonade citrique, potion avec hydrate de chloral 4 gr., pansement phéniqué aux pieds.

A l'avant-bras, injection de 0,01 centigr. de chlorhydrate de morphine, extraction du ver, pansement phéniqué.

30 août : Le phlegmon du pied est à peu près guéri, mais de nouvelles filaires apparaissent de temps à autre ; nous n'allons pas détailler les symptômes provoqués par ces nouveaux parasites. Qu'il nous suffise de dire que cet homme est resté alité pendant trois mois et n'a pu faire de service pendant tout l'hivernage. Quatorze dragonneaux ont été extraits successivement de diverses région du corps ; le plus grand nombre se trouvaient aux jambes et aux pieds, comme c'est le cas général, deux se sont montrés à la cuisse, un au tronc, l'autre à l'avant-bras.

Un mois après la fin l'hivernage, ce soldat était complètement guéri, et vaquait à ses occupations sans ressentir la moindre douleur. Il ne restait plus trace de l'infection filarienne.

CONCLUSIONS

La Filaire de Médine, très répandue dans notre colonie du Haut-Sénégal, est rare chez les Européens mais atteint un très grand nombre de nos soldats indigènes.

Nous nous sommes longuement étendu sur le mode de pénétration du nématode dans l'organisme, et nous avons montré qu'il se faisait, non par effraction des téguments ou à travers les orifices des glandes sudoripares, mais par l'intermédiaire des eaux potables.

La fréquence et la gravité de la dracunculose sont telles qu'elles doivent attirer l'attention de l'autorité supérieure, au point de vue des mesures sanitaires à prendre. Nous avons dit que le filtre ordinaire était insuffisant, et que le seul moyen de prévenir la maladie était de faire usage seulement d'eau bouillie. Cette mesure aisément applicable aux Européens à l'aide d'une surveillance active ne peut être réalisée que très difficilement à l'égard des soldats indigènes. Le seul moyen de les empêcher de se servir d'eau impure serait, croyons-nous, de mettre à profit leur paresse naturelle en plaçant à leur portée une abondante provision d'eau filtrée et bouillie.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
Dr LAYET.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 12 décembre 1887.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

12,003. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., 17, rue Montméjan.